



Solicitud de Representante Personal

El propósito de poner en práctica una Solicitud Representativa Personal es permitir a otro individuo actuar de su parte con respecto a:

- Tomar decisiones acerca de su cuidado de salud,
- Solicitar y/o revelar su información médica privada, y
- Ejercitar todos los derechos que usted tiene como paciente de Community Health Service Inc. (CHSI)

Un Representante Personal puede ser o legalmente designado o nombrado por un paciente para actuar en su nombre.

- Cuando un Representante Personal ha sido legalmente designado, el Representante Personal debe completar y firmar este formulario. Apoyar la documentación legal, tal como un poder-de-abogado o con una designación de la corte que indica la autoridad completa de la toma de decisión o papeles de tutela, debe ser presentado con este formulario.
- Cuando un Representante Personal está siendo nombrado por un paciente, el paciente tiene que firma esta forma

Nota: Si su petición es concedida, afectará sólo las comunicaciones escritas y orales de Community Health Service Inc (CHSI). Si usted también desea que su empleador, plan de salud grupal, médico o alguien fuera de CHSI para hacer este cambio, debe obtener su acuerdo por separado.

Nombre Del Paciente: _____

F.D.N Del Paciente: _____ **Número de identificación de paciente y/o MRN :** _____

Información Que Se Publicará:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Informe De Rayos X | <input type="checkbox"/> Cartilla de Vacunación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado De Cuenta De Facturación | <input type="checkbox"/> Registro Completo | |

Información Del Representante Personal: (Sólo una persona puede ser nombrada)

Nombre del Representante Personal: _____

F.D.N Del Representante Personal: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección donde se deben enviar las comunicaciones, si es diferente de la dirección del paciente:

Dirección Postal *Ciudad* *Estado* *Código postal*

¿Cuál es el motivo de esta solicitud? _____

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN PARA EL REPRESENTANTE PERSONAL

(En esta sección, "Usted" y "Su" se refieren al Representante personal).

Las respuestas que proporcione a continuación se utilizarán para verificar su identidad si solicita información de salud privada sobre el paciente. Tenga en cuenta que hacemos estas preguntas porque las respuestas deben ser fáciles de recordar, pero puede ingresar otros números como se describe a continuación.

PIN (puede usar cualquier número de cuatro dígitos):

- **NO** proporcione el PIN a nadie más
- Debe conservar una copia de este formulario como referencia.

TENGA EN CUENTA

- Si la información en este formulario no está completa, CHSI le devolverá el formulario, y esta solicitud no será considerada hasta que CHSI reciba la información completa.
- Cualquier solicitud previa para enviar información a una dirección alternativa no se tendrá en cuenta. Toda la correspondencia futura se enviará a la dirección especificada en la página anterior.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CHSI, Coordinador de HIPAA y 810 4th Avenue South, Suite 101, Moorhead, Minnesota 56560. También puede obtener un formulario de Cambio / Revocación llamando a CHSI.

Firma – Por favor de completar La Sección A o La Sección B.

A. Representantes personales que están legalmente designados:

He leído y comprendido la información anterior. Reconozco que al firmar este formulario tengo la autoridad legal para actuar en nombre del Paciente.

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a garantizar que nadie más que la persona designada por el paciente reciba información de salud privada, esta solicitud debe presentarse con la documentación legal de respaldo adecuada.

Firma de la paciente / padre / tutor: _____ Fecha: _____

(Esta línea es para que la firme el paciente, autorizando al representante personal).

B. Representantes Personales designados por el/la Paciente:

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a asegurar que nadie más que la persona designada por el Paciente reciba Información de salud privada, esta solicitud debe ser firmada por el Paciente.

He leído y comprendido la información anterior. Reconozco que al firmar este formulario autorizo a CHSI a tratar a mi Representante Personal como a mí mismo. Esta solicitud tendrá vigencia hasta que sea revocada por escrito por mí.

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Testigo - Por favor de Firma para completar el formulario

Nombre del personal (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Título: _____

**** Si la petición es hecha por un padre o tutor de un menor, complete lo siguiente****

Paciente es un menor de edad _____ años de edad. Si usted está haciendo esta petición en nombre de un hijo menor de edad, podemos requerir información adicional antes de que esta solicitud se considera completa.